Lane Medical Library

Beitrag zur Casuistik der Blasenhernien der letzten 10 Jahre.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 20. August 1897

Mittags 12½ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Wilh. Maerzdorff

aus Stassfurt.

Opponenten:

Herr Cursist Warmuth.

Herr Dr. med. Henke, prakt. Arzt.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0209

Seinen lieben Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Obwohl schon über 150 Jahre vergangen sind seit der Veröffentlichung Verdier's, „Recherches sur la hernie de le vessie" beginnen wir doch erst seit den beiden letzten Decennien uns wieder eingehender mit den Blasenhernien zu beschäftigen. Seitdem nämlich unter dem Einfluss der Anti- und Asepsis die Radicaloperationen zu einer alltäglichen Operation geworden und eine ungeheure Ausdehnung gewonnen haben, kommen auch die Blasenhernien häufiger wie früher zur Beobachtung, wo sie eine directe Rarität darstellten, wenngleich sie auch jetzt kein häufiger Befund zu nennen sind. Die Blasenhernien gehören unter der Reihe der Hernien mit zu den seltensten, nur Uterus, Teile der Leber, Nieren werden noch seltener als Bruchinhalt gefunden. Was den Chirurgen die Blasenhernien so interessant und zwar meist in unangenehmer Weise interessant macht, ist die Thatsache, dass sie vielfach nur unbeabsichtigter Weise Gegenstand des Eingreifens werden. Es dürfte ganz besonders aus diesem Grunde kein Fall, der zur Operation kommt, der weiteren Veröffentlichung entzogen werden. Es mag mir also gestattet sein, mich im Anschluss an einen in der Chirurg.-Klinik zu Greifswald von Herrn Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Helferich operierten Fall einer inguinalen Blasenhernie etwas näher mit dieser Art von Hernien zu beschäftigen.

Massgebend für unsere Anschauungen von dem Wesen der Blasenhernien sind aber eigentlich nur die inguinalen, da die Beobachtungen von dem Austritt der Blase aus anderen Bruchpforten nur ganz vereinzelt dastehen. Es wird deshalb im Wesentlichen nur von ihnen die Rede sein. Vorher werde

ich die mir zugänglich gewordenen Fälle der letzten 10 Jahre einschalten, beginnend mit dem Fall des Herrn Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Helferich, dem ich an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank für Überlassung des Falles und für die Anregung zu dieser Arbeit ausspreche.

Nr. 1 Helferich 6. VII. 94.

Vor circa 20—21 Jahren bekam der 70jährige Patient nach einer grösseren körperlichen Anstrengung beim Holzaufladen eine r. Leistenhernie. Dieselbe war im Anfang etwas schmerzhaft, wurde indessen von Prof. Hueter und Voigt reponiert und durch ein Bruchband zurückgehalten. In den letzten Jahren trug Patient kein Bruchband; ab und zu traten Schmerzen an der Hernie auf, die durch Bettruhe und warme Umschläge bekämpft wurden. Seit $^1/_2$ Jahr traten stärkere Beschwerden auf und zwar hatte Patient ab und zu Schmerzen beim Urinlassen an der Hernie; wenn er den Urin längere Zeit zurückhielt, wurde die Hernie etwas grösser; die Beschwerden beim Urinlassen konnte er vermindern durch Druck auf die Hernie. Besonders stark wurden die Schmerzen oft, wenn Pat. als Kreiswundarzt zu Wagen auf die Praxis fahren musste.

Er ist ein für sein Alter ausserordentlich kräftiger, wohlaussehender Mann. Die rechte Scrotalhälfte erscheint gegenüber der linken vergrössert, ca. um das dreifache. Der Tumor hat nach der Inspektion einen Stiel, der nach der Bauchhöhle zugeht, der Hoden lässt sich durch die Palpation von dem Tumor deutlich abgrenzen. Er erscheint von normaler Grösse und normaler Consistenz. Die Palpation ergiebt dann weiter, dass der Tumor birnförmige Gestalt hat, mit einem Stiel nach der Bauchhöhle zu, eine gelappte Oberfläche, eine weiche Consistenz, eine besondere Oberflächenconfiguration lässt sich an dem Tumor nicht nachweisen. Bei der Percussion ist der Schall gedämpft, die Reposition des Tumors ist nicht möglich. Die rechte Leistenbruchpforte erscheint durch die Hernie völlig

ausgefüllt. Die Untersuchung ergiebt im Übrigen, dass die Herzthätigkeit normal und kräftig ist. Bronchitis nicht nachzuweisen.

6. VII. 94. Operation in Narcose.

Incision in Längsrichtung über die Geschwulst ca. 4 cm oberhalb und unterhalb des Poupart'schen Bandes. Praeparatorische Durchtrennung der Haut und Fascie; es praesentiert sich nun sogleich der Tumor, welcher leicht aus der Umgebung vom Hoden und vom Samenstrang isoliert werden kann. Der Tumor ist ungefähr kleinfaustgross; sein Stiel geht in den äusseren Leistenring; er ist birnförmig gestaltet. Nach dem äusseren Eindruck handelt es sich um einen lipomatoesen Bruchsack. Die Palpation lässt nicht erkennen, dass in ihm Bruchinhalt vorhanden ist. Er wird nun vorsichtig mit der Scheere von Grund aus eröffnet und es zeigt sich nun, dass die Wand des Sackes von einer etwa 1 cm dicken Fettschicht dargestellt wird. In der Bruchsackhöhle ist Inhalt nicht vorhanden. Die Serosafläche erscheint glatt und zeigt keine Erscheinungen erheblicher chronischer Entzündung. Nach der Bauchhöhle zu besteht eine ganz feine Communication; hier nach erscheint es als annehmbar, dass es sich um alten lipomatoesen Bruchsack handelt und wird nunmehr zur Abtragung desselben in der gewöhnlichen Weise geschritten durch Catgutligatur und Naht. Bei der nunmehr folgenden praeparatorischen Abtragung des sehr voluminösen Bruchsackes erscheint nun plötzlich an der Innenseite des Bruchsackhalses ein in der allgemeinen Fettmasse bisher nicht deutlich erkennbarer und auch erst bei ganz genauem Zusehen vom Bruchsack abgrenzbarer etwas über wallnussgrosser kugeliger Tumor, an dessen Oberfläche man Faserzüge sieht, die wie Musculatur aussehen. Bei der Palpation zeigt der Tumor dicke und harte Wände und es entsteht sofort der Verdacht, dass es sich um Harnblasendivertikel handelt, welches durch die Bruchpforte herausgetreten ist.

Es wird deshalb sogleich Ligatur und Naht am Bruch-

sackhals gelöst. Der nach aussen von diesem Divertikel in der Bauchhöhle palpierende Finger befindet sich extraperitoneal, es lässt sich aber auf diese Weise kein Zusammenhang der Harnblase nachweisen. Es wird mit Katheter die Harnblase mit Borsäurelösung gefüllt, in der Hoffnung, dass sich auch der Divertikel fülle, indes ist dies nicht der Fall. Nachdem darauf der betreffende Divertikel vorsichtig bis zum Bauchring abpraepariert ist, wird derselbe Versuch wiederholt. Hierbei verschwindet der Divertikel plötzlich in der Bauchhöhle. Es wird nun der Bruchsackhals mit Catgutligatur nochmals umnäht, der Bruchsack abgetragen, die Bruchpforte mit Silberdraht und zwei Catgutligaturen vernäht; Jodoformgazetamponade. Beim Abfliessen des letzten Spülwassers aus der Harnblase war etwas Blut mitgekommen. Um die Harnblase in bezug auf Urinentleerung völlig zu schonen, wird ein Verweilkatheter eingelegt und durch eine umschlungene Seidenligatur vorne am orificium urethrae fixiert. Im Verlauf des Tages wird die Blase einmal mit Borsäure ausgespült; es entleert sich noch schwach blutig gefärbter Urin.

7. VII. Pat. fieberfrei; klagt über ziemlich heftige Harnblasenschmerzen; dreimal täglich wird die Blase mit Borsäurelösung ausgespült; blutige Färbung zeigt sich nicht mehr; Pat. nimmt nur Spuren flüssiger Nahrung zu sich; ist sehr unruhig, bekommt daher zur Nacht eine Spritze Morphium.

8. VII. Allgemeinbefinden gut, Puls kräftig, Urin fliesst klar ab, dreimal täglich Ausspülung. Pat. nimmt noch immer sehr wenig flüssige Nahrung; irgend welche Störungen im Verlauf sind bisher nicht zu constatieren.

9. VII. Entfernung des Verweilkatheters, Pat. hat auf Einlauf nur wenig Stuhlentleerung gehabt; Verbandwechsel, da sich der Verband ein wenig gelockert hat; Wunde sieht normal aus, Tampon bleibt liegen, trockener Verband.

10. VII. Pat. bekommt etwas mehr zum Teil flüssige Diaet, welche er allerdings nur gezwungen zu sich nimmt.

12. VII. Innerlich werden ihm etwas amara gereicht zur Hebung des Appetites, etwas Bier, Sekt, Wein.

14. VII. Die Wunde wird mit 3 tiefgreifenden Seidennähten geschlossen; in die unteren Wundwinkel wird ein Drain eingeschoben, welcher bis an den Bruchring reicht.

17. VII. Kürzung des Drains, Wunde in Ordnung. Appetit hebt sich etwas. Allgemeinbefinden gut.

17. abends. Pat. bekommt starken Hustenanfall, Herzkraft nimmt etwas ab. Durch Campher wird dieser Collaps gehoben; der Puls, welcher auch in den vorhergehenden Tagen vor der Operation etwas unregelmässig war, wird am nächsten Tage wieder kräftig und regelmässig.

19. VII. Entfernung des Drains, Wunde fast völlig verklebt, Jodoformgazepflasterverband aufgelegt.

20. VII. Magenbeschwerden und abends um 11 Uhr Erbrechen, $^1/_2$1 Uhr wird er unruhig, Atemnot stellt sich um 1 Uhr ein, Collaps, Puls klein beschleunigt; Atemnot grösser, Campher, Sect, Cognac. Gegen 4 Uhr morgens exitus letalis.

Die nun folgenden Fälle werden, da sie schon in der einschlägigen Litteratur veröffentlicht sind, auf das Wesentliche verkürzt, wiedergegeben.

Nr. 2. Hollaender. Berl. klin. Wochenschr. 96.

64 j. Frau litt vor 26 Jahren an Darmverschlingung und Bauchfellentzündung, seit 25 Jahren stets reponible Schenkelhernie r., welche seit gestern irreponibel Incarcerationserscheinungen zeigt ohne Erscheinungen vonseiten der Blase.

Operation: Im Bruchsack dunkelrot gefärbtes Netz und Dünndarmschlinge; nach Spaltung des Schnürringes wird der Darm vorgezogen, sehr anaemische Stricturstelle, welche sich erholt. Reposition der Teile. Resection des überschüssigen Bruchsackes u. s. w. Heilung per primam.

Wiederaufnahme nach 7 Monaten: Ungefähr 6 Wochen nach der Operation bekam Pat. Schmerzen beim Urinlassen und gleichzeitig exfoliierten sich die die Bruchpforte ab-

schnürenden Seidenfäden unter geringer Eitersecretion; aus der Fistel eine urinöse Secretion bemerkt vonseiten des behandelnden Arztes.

Status: Allgemeinbefinden gegen früher unverändert. Fingerbreit neben dem Tuberc. pubis unterhalb des Lig. Poupartii im oberen Narbendrittel ein Granulationsknopf, der die Umgebung entropioniert. Secretion aus der Fistel fehlt auch bei Druck auf die Umgebung. Geht man mit Sonde in die Fistel, so kommt man durch einen Gang in einen grossen Hohlraum, welcher für Harnblase gehalten wird. Urinsecretion auch bei Sondierung nicht. Bei Einführung eines Metallkatheters in die Blase und gleichzeitigem Einführen einer Sonde in die Fistel hört und fühlt man deutlich die Berührung beider mit metallischem Klappern. Lässt man die Pat. im Stehen urinieren, so sieht man deutlich eine Einziehung der Fistelgegend durch die Blasencontraction. Indication zu operativem Vorgehen fehlt. Pat. wird entlassen.

Nr. 3. Monod und Delagénière. Revue de chir. 89.

43 j. Mann mit l. Leistenhernie. Die Operation ergiebt neben dem Bruchsack die von lipomatoesen Fettmassen bedeckte Blase, welche nicht erkannt angeschnitten wird. Frei werdender Urin weist auf Cystocele hin. Die Blase war nicht bedeckt von Peritoneum. Blasennaht, Drainage, Genesung.

Nr. 4. Monod und Delagénière. Revue de chir. 89.

44 j. Mann mit l. irreponibler Leistenhernie. Es wurde Netzhernie angenommen. Die Operation ergiebt neben und hinter einem leeren Bruchsack die ganz in Fettmassen gehüllte Blase, die unerkannt eröffnet wird. Die durch die Urethra geführte Sonde kommt in die Wunde. Naht der Blase und Versenkung. Heilung.

Nr. 5. Monod und Delagénière. Revue de chir. 89.

53 j. Mann mit l. irreponibler Leistenhernie. Pat. hatte trotz Bruchbandes gewöhnlich Schmerzen gehabt, die 1—2 Stunden nach der Mahlzeit auftraten, ausser wenn sich der

Kranke in Rückenlage befand. Am letzten Tage zum Schlusse des Urinierens einige Tropfen Blut. Injectionen in die Blase spannen oder vergrössern sie nicht. Verdacht auf Blasenhernie. Operation: Nach Trennung der äusseren Decken drang reichlich Fettmasse hervor, die dem Netze nicht ähnlich. Nochmalige Injection vergrössert die Geschwulst nicht. Vorsichtige Eröffnung, wobei sich eine platte Oberfläche zeigt von fettigem Aussehen und leicht blutend. Die Geschwulst wird nun für Dickdarm gehalten. Erst völlige Eröffnung des Leistencanals macht die Diagnose Cystocele sicher. Sie ist nicht bedeckt vom Bauchfell aber durch lipomatöse Massen mit dem Canal verwachsen. Bruchsack nicht vorhanden. Pat. ging zugrunde an Lungenerscheinungen.

Section: Blase normal, die Oberfläche bedeckt mit Fett.

Nr. 6. Delagénière. Arch. prov. de chirurg. 95.

54 j. Mann litt seit 20 Jahren an rechtsseitiger Leistenhernie, die er durch Bruchband zurückhielt. Seit 3 Jahren bestanden Harnbeschwerden; er konnte die Blase stets nur völlig entleeren, wenn er mit der Hand einen Druck auf seine Hernie ausübte. Eine Incarceration zwang zur Herniotomie. Im Bruchsack, in dessen Grunde sich der Hode vorfand, lag eine Dünndarmschlinge. Nach innen und unten von ihm wölbt sich der faustdicke Blasenbruch vor. Die innere Wand des Bruchsackes wurde durch den seroesen Überzug der Blase gebildet. Eine etwa 1 cm dicke Fettschicht, ein Art diffuses Lipom, bedeckt dieselbe. Nur mühsam gelang die Auslösung des Blasenbruches und seine Reposition. Durch völligen Nahtverschluss des Leistencanals bis auf eine kleine Stelle zum Austritt des Samenstranges wurde die Retention erzwungen.

Verlauf ungestört. Nach $1^1/_2$ Jahren wurde der Bestand der Heilung noch constatiert; Pat. entleerte den Urin jetzt ohne Schwierigkeit.

Nr. 7. Delonne. Centralblatt für Chirurgie 95.

Der 47j. Mann hatte seit 4 Jahren hernia inguinalis r. Seit 4 Monaten leidet er an Störungen der Harnentleerung. Der Strahl wurde plötzlich unterbrochen, um ebenso unwillkürlich wiederzukehren. Im Glauben es mit einer gewönlichen Netzhernie zu thun zu haben, schritt D. zur Operation: Unter der Fascia superficialis traf er auf eine ziemlich voluminöse, kugelförmige, derbe Fettmasse, die sich durch ihre Consistenz, wie ihren stärkeren Gefässreichtum sowohl von Fett des Netzes, wie des properitonealen Gewebes unterschied. Hinter ihr fand er eine Art Sack mit deutlicher Muskelwand, eine Ausstülpung der Blase, nach aussen von ihr einen Bruchsack mit angewachsenem Netz. Excision desselben und Ligatur des Bruchsackhalses. Um das Blasendivertikel zu excidieren, wird es eröffnet; es war taubeneigross und kommunizierte mit dem Körper der Blase durch einen Stiel. Störungen der Atmung hinderten die Ausführung des Planes. Es wurde rasch Knopfnaht des Blasenschnittes gemacht. Drainage und Naht der Wunde. Heilung nach vorübergehender Bildung einer Fistel. 2 Jahre nachher veranlasste ein Recidiv eine neue Operation. Die Hernie war grösser als das erste Mal; nur durch Druck auf sie konnte Pat. seine Blase völlig entleeren. Diesmal excidierte D. das Blasendivertikel – es war 7—8 cm lang – und erzielte durch exakte Naht Heilung per primam.

Nr. 8. Kablukow. Centralblatt f. Chirurg. 95.

37j. Mann mit l. Leistenhernie, subjective Beschwerden vonseiten der Blase nicht vorhanden. Nach Eröffnung des Bruchsackes und nach Zurückbringen der nicht eingeklemmten Dünndarmschlingen lag in der Tiefe noch ein sonderbares Gebilde, ein ca. 12 cm langer Körper von unregelmässiger birnförmiger Gestalt, sowohl mit dem Samenstrang, wie auch mit dem Bruchsack verwachsen. Seine Oberfläche war mit Fettanhängseln bedeckt. Die geplante Bassini'sche Operation konnte wegen der Verwachsungen nicht ausgeführt werden.

An Blasenbruch wird nicht gedacht, wohl aber an Lipom. Es wurde nun, um Aufklärung über das Gebilde zu erhalten, ein 9 cm langer Schnitt gemacht in die Geschwulst, wonach zur Verwunderung des Operateurs eine strohgelbe klare Flüssigkeit herausstürzte und eine mit Schleimhaut ausgekleidete Höhle vorlag. Einführung eines Katheters durch die Urethra löst jeden Zweifel. Die Blasenwand war nicht verdünnt. Naht der Blasenwand, die Adhaesionen werden nun gelöst und Bassini'sche Operation ausgeführt. Heilung, doch war der Erfolg der Radicaloperation kein voller, da nach 2 Monaten wieder ein kleiner Leistenbruch gefunden wurde.

Nr. 9. Praenischnikow. Centralblatt f. Chir. 95.

52j. Pat. mit eingeklemmtem Leistenbruch. Die Geschwulst ist apfelsinengross. Vonseiten der Harnorgane keine Störung bemerkt, ausser Schmerzen beim Beklopfen des Unterleibes. Bei der Operation die Orientierung über die Verhältnisse des Bruchinhaltes schwierig und erst nach Eröffnung der Blase wurde es klar, um was es sich handelte. Da die Aussicht einer prima intentio einer Blasennaht wegen der Verwachsungen gering war, so legte P. die Blasenfistel an, indem er den hohen Blasenschnitt ausführte und die Wundränder der Blase an die Hautränder befestigte. Der Kranke starb an Pyaemie.

Die Section ergab Eiterung um die Harnblase und eitrige Peritonitis.

Nr. 10 Lanz. Berliner klin. Wochenschr. 92.

60j. Frau leidet an r. cruraler Hernie, die Incarcerationserscheinungen zeigt.

Operation: Darm gesund, wird reponiert. Im Bruchsack pflaumengrosses Haematom, welches gespalten wird. Ausserdem findet sich ein der hinteren Bruchsackwand anliegendes taubeneigrosses Gebilde, das zuerst für ein subseröses Lipom gehalten wird; nähere Untersuchung weckt den Verdacht einer Cystocele. Um sich zu orientieren, macht L. einen Schnitt

in die Oberfläche des Gebildes und legt dabei blasse Faserzüge bloss, welche Muskulatur darstellen. Die Geschwulst ist transparent und deutlich fluctuierend. Doch auch damit nicht genug, eröffnet er nach Abbindung des Bruchsackes die Geschwulst: es entleert sich Urin, auch zeigt sich der durch die Urethra eingeführte Katheter in der Wunde. Naht der Blasenwunde; Reposition; Naht der Haut. Heilung per primam.

Nr. 11. Lanz. Berliner klin. Wochenschr. 92.

48j. Frau vor 5 Jahren an r. Cruralbruch operiert, hat ein kaum haselnussgrosses Recidiv. Bruchsack leer. An der unteren Wand zeigt sich ein kaum 1 cm aus der Bruchpforte hervorragendes, bläulich durchschimmerndes Gebilde, das wie eine Duplicatur des Bruchsackes aussieht. Der in den Schenkelcanal eingeführte Finger kann dasselbe direct hinter dem Schenkelcanal in die Blasengegend hinunter verfolgen. Ein in die Blasengegend eingeführter Katheter kann nicht in den Schenkelcanal gebracht werden, aber durch den in den Schenkelcanal eingeführten Finger gefühlt werden. Die Cystocele wurde stumpf abgelöst und hinter das Schambein reponiert. Günstiger Verlauf.

Nr. 12. Aue. Deutsche Zeitschrift für Chir. Band 35.

47j. Patientin seit 6 Jahren an spinaler Extremitätenlähmung, zeitweiser Harnverhaltung und an habitueller Verstopfung leidend. Seit 31 Jahren rechter Schenkelbruch, der seit 3 Tagen Incarcerationserscheinungen zeigt. Die Harnentleerung frei. Operation: Nach Durchtrennung der oberflächlichen Schichten kommt man auf eine runde platte Geschwulst, die für Bruchsack gehalten, incidiert wurde. Entleerung hellgelber Flüssigkeit. Im Sacke kein weiterer Inhalt, der durch den Schenkelcanal in den Sack eingeführte Finger kommt in grosse glattwandige Höhle, in der Därme nicht fühlbar. Zur Klärung des Sachverhaltes Verlängerung des Hautschnittes nach oben und Eröffnung der Bauchhöhle über

dem Poupart'schen Bande. Keine Communication zwischen Bauchhöhle und eröffnetem Sack. Schluss der Operation Vernähung der Bauchhöhle, Einnähung des Sackes in den unteren Wundteil. Der weitere Verlauf lehrt, dass die Blase eröffnet war. Die Darmeinklemmungserscheinungen hörten nach der Operation auf. Aus der Wunde floss der Harn ab. Nach langer Dauer Genesung. Auch die habituelle Verstopfung kehrt nicht wieder. Also bruchsacklose Blasenhernie. Verfasser hält es für möglich dass Darm vorgefallen war, der bei der Operation nicht gefunden ist: sonst müssten die Darmeinklemmungserscheinungen sympathisch durch den Blasenvorfall veranlasst sein.

Nr. 13. Schoonen. Revue de chir. 93.

Pat. hat r. Schenkelbruch, der wegen Incarceration zur Operation kommt. Vonseiten der Blase keine Erscheinungen. Bei der Operation fand sich keine Peritonealausstülpung, die Bruchgeschwulst bestand aus einer Fettmasse, die ihrerseits auf dem erkannten irreductiblen herniösen Blasenstiel sass. Die Blase war auf der Vorderseite von Peritoneum bedeckt und am Schenkelring innen oben adhaerent. Der in die Blase eingeführte Katheter lässt sich in der Hernie fühlen. Nach Lösung der Verwachsungen, Resection des Lipoms und Reposition des Blasendivertikels. Naht des Wundcanals.

Ungestörte Heilung ohne jegliche Urinbeschwerden.

Schoonen hatte sich durch ausgiebigen Schnitt Übersicht ermöglicht und so die Blase erkannt ohne sie zu verletzen.

Nr. 14. Mandry. Beiträge zur kl. Chir. Bd. 10.

72j. Mann mit l. plötzlich irreponibel gewordener Leistenhernie. Operation: Inhalt des Bruchsackes Convolut von Dünndarmschlingen und zugehörigem Mesenterium. In letzterem gänseeigrosses Lipom, welches von aussen die Bruchpforte verschliesst und Reposition hindert. Bruchpforte durch Hervorziehen des Mesenteriums freigemacht, für 3 Finger durchgängig. Nun Reposition. Bei Isolierung des Bruchsackes an der hinteren

und medianen Seite hühnereigrosse flache Geschwulst mit Bruchsack innig verwachsen. Geschwulst setzt sich nach oben fort und verschwindet am Innenrand der Bruchpforte in die Bauchhöhle. Weder Herausziehen noch Reposition möglich wegen zu starker Verwachsung. Für zweiten Bruchsack gehalten und eröffnet. Urin entleert sich, also Blase. Isolierung des Blasenteils nicht möglich, es wird deshalb der mit der Blase verwachsene Teil des Bruchsackes ausgeschnitten und auf letzterer belassen. Blasenwunde durch Catgutnähte geschlossen. Bruchsack abgeschnitten und durch Tabaksbeutelnaht geschlossen, herniöse Blase in loco gelassen, auf Nahtstelle. Jodoformgaze, Drainage u. s. w. Heilung.

Nr. 15. Socin. Mandry, Beiträge z. kl. Ch. Bd. 10.

50j. Mann mit l. Leistenhernie. In letzten Tagen musste Pat. zur Erleichterung des Urinierens sein Bruchband lüften.

Operation: Im Bruchsack Dünndarm, mit Bruchsack median fest verwachsen, schlaffer, dickwandiger Sack, welcher beim Isolieren des Bruchsackes angeschnitten wird. Hierauf entleert sich Urin. Der in die Blase geführte Katheter wird vom Finger nicht gefühlt, dagegen entleert sich aus dem Katheter Salicylwasser, welches durch die Wunde in die Blase injiciert ist. Naht der Blasenwunde. Blase in situ gelassen, keine Radicaloperation. Bruchband.

Bald nach der Entlassung trat die Geschwulst von neuem auf, war leicht reponierbar. Am Ende der Mictionen bemerkt Pat., dass das Bruchband sich senkt, er hat das Gefühl, dass etwas in die Bauchhöhle rutscht. Beim sich Füllen der Blase wird das Bruchband durch kleine Geschwulst gehoben. Es hat sich Abscess unter der alten Herniotomienarbe gebildet und da im Übrigen der Zustand unleidlich, wird zur Radicaloperation geschritten. Den Boden der Abscesshöhle bildet eine längliche, wurstförmige Verdickung des median am Samenstrang liegenden Bindegewebes. An Innenseite dieser Schwiele festgewachsen die Blase; lateralwärts von ihr leerer

Bruchsack, welcher gegen die inguinale Bruchpforte rings fest verwachsen ist und nur mit Mühe abgelöst werden kann. Die Blase, mit Borsäurelösung gefüllt, bläht sich neben der Bindegewebsschwiele auf. Bei dem Versuch, sie zu lösen, reisst sie 2 cm lang ein und stülpt die Schleimhaut vor. Naht. Zur Ermöglichung der Reposition ist Castration und Loslösung der Bindegewebsschwiele erforderlich. Heilung.

Nr. 16. Boeckel. Gazette médic. de Strassb. 90.

55j. Mann mit l. Scrotalhernie. Im verdickten Bruchsack Blinddarm mit Wurmfortsatz und Teil des Colon ascendens. Reposition nach Erweiterung der Bruchpforte. Beim Versuch, den Bruchsack zu isolieren, bemerkt man, dass die untere innere Hälfte eigentümlich verdickt und weich ist. Man findet darin netzförmig angeordnete Muskelfasern. Es wird nur Blase vermutet und es gelingt nach Erweiterung der Bruchpforte Flüssigkeit in den herniösen Teil zu leiten. Blase nicht nur Peritoneum überzogen. Reposition aller Teile nach nochmaliger Erweiterung der Pforte. Heilung.

Nr. 17. Kummer. Revue médic. de la Suisse romande 90. r. inguinale Netzhernie.

Operation: Im Bruchsack Netz, es wird abgebunden. Bei Isolierung des Bruchsackes wird am inneren unteren Rand des Inguinalcanals adhärentes, nicht ablösbares Eingeweide gefunden. Der Finger verfolgt das Eingeweide bis zur Mittellinie und nach abwärts bis zur Prostata. Katheter in Blase geführt, stellt fest, dass es sich um herniöse Blase handelt. Der fest mit der Blase verwachsene Bruchsack bleibt teilweise auf ihr zurück, erst dann gelingt Isolirung von Leistencanal und Reposition. — Heilung.

Nr. 18. Walther. Mandry, Beiträge zur kl. Chirurg. Bd. X.

59j. Mann mit r. Inguinalhernie mit Incarcerationserscheinungen. Nach Eröffnung des Bruchsackes wenig Bruch-

wasser. Im Bruchsack 1. grosse cystische Tasche, welche aus dem inneren Teil des Leistencanals herauskommt, 2. eingeklemmte Darmschlinge, welche den äusseren Teil des Leistencanals einnimmt. Nach Erweiterung der Bruchpforte Darmschlinge reponiert; die Tasche reicht bis zum Grunde des Bruchsackes, ist frei von Adhäsionen, gelblichweiss mit peritonealem Überzug und flüssigem Inhalt. Sie setzt sich mit Stiel hinter das Schambein fort. Der Katheter gelangt in die Tasche, also Blasenhernie. Reposition wegen der verdickten Wand erst nach breiter Eröffnung des Canales möglich. Bruchsack abgebunden. Heilung.

Nr. 19. F. Curtis. Annals of surgery. 1895.

Es handelt sich um Inguinalhernie bei einem 62jährigen Manne. Bruchpforte weit, neben und innen vom leeren Bruchsack ein zweiter Sack von blasser Farbe, der so dünn ist, wie ein gewöhnlicher Bruchsack und deutlich Flüssigkeit enthält; er war nicht mit Peritoneum bedeckt.

Verdacht auf Blasendivertikel, doch konnte Verbindung mit Blase nicht festgestellt werden. Deshalb Incision, welche Urin zu Tage fördert. Also Blase. Die muskuläre Structur war kaum zu erkennen, so verdünnt und verändert waren die Gewebe. Ein durch die Wunde und ein durch die Urethra geführtes Instrument berühren sich. Die Wunde wird vernäht. Mit Schwierigkeit wird die Blase vom Bruchsack getrennt. Heilung per primam ohne Fistelbildung.

Nr. 20. Weier. Farquhar Curtis, Annals of surgery. 95.

53j. Mann mit l. Leistenhernie. Anamnestisch nichts Ungewöhnliches. Der Inguinalcanal freigelegt nach dem inneren Ringe zu. Ein schmaler Sack findet sich, er wird eröffnet und ligiert. Eine geringe Masse extraperitonealen Fettes wird abgebunden und weggeschnitten. Eine ähnliche Fettmasse wurde in derselben Weise abgebunden. Doch wurde beim Abschneiden klar, dass die Harnblase eröffnet war, denn es tröpfelte Urin heraus. Die Ligatur wird

deshalb entfernt und eine digitale Untersuchung bestätigt die Blasenverletzung.

Naht der Blase. Gewöhnliche Behandlung. Verweilkatheter, Harnfistel — Heilung.

Nr. 21. Bull. Curtis, Annals of surgery. 95.

45j. Mann mit linker Scrotalhernie. Nach Isolierung des Samenstranges von den umgebenden Schichten zeigt sich, dass das subperitoneale Fett aussergewöhnlich entwickelt ist. Der Bruchsack enthält Netz und kann leicht vor der Incision reponiert werden. Nun findet sich beim Freipräparieren des Samenstranges von den umgebenden Hüllen ein Gebilde, das für ein zweiter Bruchsack gehalten und incidiert wird. Es entleert sich eine Flüssigkeit, die in Wahrheit Urin ist, aber für Bruchwasser gehalten wird, da man nicht im Entferntesten an Harnblase denkt. Die angeschnittene Harnblase wird im Weiteren wie ein leerer Bruchsack behandelt, nämlich ligiert und reseciert. Nach Beendigung der Operation aus Tenesmus und Haematurie geschlossen, dass die Harnblase wie ein Bruchsack mit Radicaloperation behandelt ist. Es wird deshalb am äusseren Inguinalcanal die Wunde eröffnet und ein Gazedrain eingelegt. Heilung.

Nr. 22. Stimson. Curtis, Annals of surgery. 95.

70j. Mann mit ungeheurer irreponibler l. Leistenhernie. Der Bruchsack enthält die hypertrophierte flexura sigmoidea, er wird reseciert und genäht. Beim Abpräparieren der Teile wird die Blase, obwohl sie erkannt war, ein wenig verletzt und eine kleine Menge Urin erschien. Die Blasenwunde wird geschlossen. Pat. starb infolge der grossen Operation.

Nr. 23. Hartley. Curtis, Annals of surgery. 95.

40j. Mann mit alter l. eingeklemmter Inguinalhernie. Bruchsack enthält wenig Intestinum und Omentum, das leicht reponiert wird. An ihrer Dicke und Lage wird die Blase erkannt und vom Bruchsack getrennt. Sie ist extraperitoneal. Der Sack wird abgebunden und weggeschnitten und hierbei muss wahrscheinlich unvorsichtiger Weise die Blase mit an-

geschnitten sein. Wahrscheinlich war die Blase mit in die Ligatur des Sackes eingeschlossen und sodann bei der Entfernung des Sackes verletzt. Die Herniotomie-Wunde wird geschlossen, doch 2 Stunden später wieder geöffnet wegen Haematurie und nun wird die schon erwähnte Blasenwunde erst entdeckt. Pat. starb an Shok und Blutverlust.

Nr. 24. Gerster. Curtis, Annals of surgery. 95.

70 j. Mann mit l. eingeklemmter Leistenhernie. Nach Reposition der Hernie und Extirpation des Sackes wird ein gelber lipomatöser fluctuierender Tumor bemerkt, dicht am funiculus spermaticus, mit Stiel, der in die Bauchhöhle hineinreicht. Er wird incidiert in der Annahme, dass er ein präperitonales Lipom wäre. Eine Höhle öffnet sich aber, Urin entträufelt und die Untersuchung mit dem Finger zeigt, dass es Blase ist. Die Blasenwunde wird geschlossen und das Organ reponiert. Der Ring wird nicht geschlossen sondern drainiert, die äussere Wunde teilweise durch Nähte geschlossen. Völlige Heilung wird erzielt, Pat. trägt ein Bruchband.

Nr. 25. Gerster. Curtis, Annals of surgery. 95.

47 j. Mann mit l. eingeklemmter Leistenhernie. Die Blase wird erkannt, doch während der Radicaloperation beim Abpräparieren einer Fettmasse, die dem Sack adhaerent war, angeschnitten, sodass Urin abfloss. Wunde sofort geschlossen. Verweilkatheter. Fistel bildet sich Pat. wird geheilt mit Bruchband entlassen.

Nr. 26. Hotchkiss. Curtis, Annals of surgery. 95.

50 j. Mann mit reponibler l. Leistenhernie. Der Bruchsack incidiert, ligiert und entfernt. Was eine Masse loser Fettgewebe zu sein schien, wurde abgebunden und weggeschnitten. Doch bei dieser Manipulation wird eine Höhle eröffnet, die aber infolge der ausserordentlichen Dünne der Ränder und infolge des serösen Überzuges nicht als Blase erkannt wird. Vielmehr glaubt der Operateur es mit einem zweiten Bruchsack oder mit einer Ausstülpung des ersten zu thun zu haben. Der

herniöse Blasenteil wird also abgebunden und reseciert. Nach 24 Stunden wird der Irrtum erkannt. Die Wunde wird wieder geöffnet, es wird Blutgerinnsel im extraperitonealen Raum vor der Blase gefunden, die Blasenwunde entdeckt. Es muss sich also die Blasenligatur gelockert haben. Patient starb an Shok und Blutverlust.

Nr. 27. Roth. D. Med. Wochenschr. 92.

57j. Mann mit r. Leistenhernie. Die Anamnese ergiebt nichts auf Blase Bezügliches. Diagnose: Hernia inguinalis irrep. d. — Operation: Der Geschwulst sitzen an ihrem freien Pole einige Fettklumpen auf, während der übrige Teil der Geschwulst, soweit sie freigelegt ist, eine ganz dünne bruchsackähnliche Umhüllung zeigt. Es gelingt nur mit Mühe, meist stumpf durch Abstreifen mit einem Tupfer, die Geschwulst von der Umgebung und vom Samenstrange hinter ihr zu isolieren. Beim stumpfen Isolieren der Geschwulst auf der medialen Seite wird ein trichterförmig ausgezogener, innen glattrandiger Hohlraum durch einen 3 cm langen Schlitz eröffnet. Die Spitze des Trichters ist mit der Geschwulst in ihrer Mitte verwachsen. Die Wandungen sind sehr dünn; aus dem Schlitze kommt Urin, also Harnblase. Die Öffnung wird zunächst durch Gaze verstopft und nun wird der vermeintliche Bruchsack und die Blase isoliert. Es zeigt sich dabei, dass beide einen verschiedenen Weg durch die Bauchdecken genommen haben. Der Bruch kommt neben resp. vor dem Samenstrange aus dem Leistencanal, der Blasenteil ist medianwärts und etwas nach oben vom äusseren Leistenring, von diesem etwa 2 cm breit entfernt, durch einen Schlitz der Bauchdecken herausgetreten. Der vermeintliche Bruchsack erweist sich als ein präperitoneales Lipom mit bruchsackähnlicher Umhüllung. Im Centrum des Lipom liegt eine Peritonealausstülpung. Das Lipom wird entfernt, Verschluss des Peritoneums. Die Ränder der eingerissenen Blase mit der Scheere geglättet und vernäht. Glatte Heilung.

Nr. 28. Bergmann. D. Med. Wochenschr. 92.

48j. Mann mit r. Leistenhernie. Operation: Es lässt sich kleiner wallnussgrosser blauschwarzgefärbter Tumor von den ihm auflagernden Bindegewebshüllen leicht isolieren. Der Tumor, welcher eine bruchsackähnliche Umhüllung zeigt, wird für alten Bruchsack gehalten und vorsichtig incidiert. Die Schnittfläche ist völlig braun, zum Teil schwärzlich verfärbt. Ein eigentlicher Hohlraum wird nicht angetroffen. Beim Anziehen des Tumors folgt ein sackähnliches anscheinend von Peritoneum nicht überzogenes Gebilde von glatter Oberfläche durch Bindegewebsmassen mit dem vorigen verbunden. Letzteres stellt sich durch die Untersuchung als Blasenteil heraus. Der Bruchcanal wird nicht vom Inguinalcanal gebildet, vielmehr liegt die Oeffnung, aus der die Blase und wahrscheinlich auch der vor ihr liegende kleine Tumor hervorgetreten ist, am äusseren Rande des Rectus in einer Spalte der Obliquusaponeurose. Der Samenstrang hinter dem Tumor ohne Beziehungen zu ihm. Eigentlicher Bruchsack nicht da. Reposition der Blase nach Abbindung des Tumors, welcher sich bei genauerer Untersuchung als Fettgewebe mit dicken Bindegewebszügen und von Blutungen durchsetzt, erweist.

Nr. 29. Roth. D. Med. Wochenschr. 92.

52j. Frau mit l. Leistenhernie.

Anamnese: Seit 12 Jahren Bruchgeschwulst, seit 3 Jahren Urinbeschwerden. Auffallend ist, dass die Spitze des Katheters, in die Blase geführt, energisch nach links abweicht. Beim Versuche, denselben in der Blase nach rechts zu drehen, stösst man auf Widerstand.

Diagnose: Hernia inguinalis sinistra mit Cystocele verbunden.

Operation: Es wird dünnwandiger durchscheinender cystischer Tumor freigelegt. Derselbe ragt in den frei präparierten Leistencanal hinein. Schon 1 cm vor dem äusseren Leistenring zeigt er Einschnürung. Die im Leistencanal

liegende Fortsetzung ist derber und dicker. Die Flüssigkeit lässt sich aus der dünnwandigen Geschwulst nicht nach oben drängen. Es wird wieder ein männlicher Katheter in die Blase geführt, seine Spitze erscheint vor dem Leistenkanal im Innern der daselbst gelegenen Fortsetzung des cystischen Tumors und ist hier deutlich mit dem Finger zu ertasten. Durch die einschneidende Furche geht der Katheter nicht. Es wird nun der Tumor an seinem freien Pole aufgeschnitten, worauf sich klare seröse Flüssigkeit entleert. An der Einschnürungsstelle ist die glattwandige Cyste vollkommen gegen die Fortsetzung im Leistencanal abgeschlossen. Sie wird nach der Einschnürungsstelle abgetragen. Der im Leistencanal liegende Blasenteil wird leicht reponiert. Die Blasenausstülpung hat ziemlich derbe Wandungen; ob sie einen Peritonealüberzug besitzt, ist nicht festzustellen. Es wird der Leistencanal geschlossen. Beim erneuten Versuch, die Katheterspitze nach rechts zu bringen, gewinnt man den Eindruck, als ginge dies jetzt leichter. Patientin geheilt entlassen.

Nr. 30. Angerer, Dissertation Jordan 94.

56jähr. Mann mit rechter Leistenhernie. Die Anamnese ergiebt nichts Besonderes. Operation: Am äusseren Leistenring stösst man auf ein kirschkerngrosses Lipom und weiter fand sich beim Abpräparieren der den Bruchsack umhüllenden Schichten eine gleichfalls kirchkerngrosse Cyste. Beim weiteren Ablösen des Bruchsackes von seiner rückwärtigen Unterlage und bei der Isolierung des Samenstranges entleert sich plötzlich hellgelbe Flüssigkeit. Digitaluntersuchung stellt fest, dass die vermeintliche Cyste eine extraperitoneale Excavation der Blase ist.

Radicaloperation: Verweilkatheter, Blasenspülung mit Borsäurelösung. Geheilt entlassen.

Nr. 31. Justo, Centralblatt für Chir. 92.

51jähr. Mann bemerkt im Jahre 91, dass er im Stehen seine Blase nur schwer, im Liegen dagegen leicht entleeren

kaum. Zugleich bemerkt er an der Wurzel der r. Scrotalhälfte eine Anschwellung, Druck auf sie macht das Urinieren normal. Später wird ihm das Urinieren nur noch ermöglicht dadurch, dass er sich mit den Beinen über das Fussende des Bettes gehängt lagert. Er stellt selbst die Diagnose einer Blasenhernie.

Radicaloperation: Einspritzung von 500 g lauwarmer Borsäurelösung, wodurch aber das Volumen der Bruchgeschwulst nicht vergrössert wird. Es wird ein grosses rundes Fettconglomerat am langen Stiel aus dem Leistenkanal hängend exstirpiert; dahinter ein fast leerer Bruchsack, nach dessen Eröffnung es sich zeigt, dass die obere Hälfte seiner hinteren Wand durch eine Geschwulst hervorgewölbt wird. Bruchsack abgebunden reseciert. Die Geschwulst ist von grossen Fettmassen bedeckt; ihre Wurzel geht durch eine transversale Öffnung unabhängig vom Leistenkanal und kommt von demselben in den Bruch hinein. Versuche, ihn nach Entfernung des Fettes zu reponieren, gelingen nicht. Nun Abtragung mit der Scheere an der Basis. Es zeigt sich weisse fettige Mucosa, die nun der Blase angehören kann. Die darum in die Blase injicierte Flüssigkeit fliesst nicht aus der Wunde heraus, doch ist der eingeführte Katheter zu fühlen. Naht der Blasenwunde, die 8—9 cm lang war, während das exstirpierte Stück 6 cm lang, 35 cm breit war, die Dicke betrug ohne adhaerierendes Fettgewebe 19—12 mm. Fieberloser Verlauf. Heilung.

Nr. 32. Güterbock, D. Zeitschr. f. Ch. Bd. 32.

32jähr. Fräulein mit r. Schenkelbruch seit 3 Jahren. Anamnestisch wurden nach der Operation auch Blasenbeschwerden angegeben, die in Schmerzen zu Beginn des Urinierens bestanden.

Operation: Im Bruchsack, der nichts Auffallendes zeigt, wenig Bruchwasser und enorme Netzmassen von Fettwachsconsistenz, welche etwas verwachsen sind. Trennung der Ad-

haesionen. Ligatur. Resection des Netzes. Reposition seines Stumpfes; Dünndarmdivertikel, auf den man die Incarcerationserscheinungen beziehen könnte, wird nicht gefunden. Nachdem der Bruchsack ausgiebig gespalten, zeigt sich medianwärts und etwas hinter ihm direkt auf dem horizontalen Schambeinast gelagert ein schwarzbraunes rundliches Gebilde. Dasselbe fühlt sich elastisch an, ist wenig gespannt und mittels mehrerer kurzer Fäden mit dem Bruchsack verwachsen. Beim Versuch, diese Adhaesionen stumpf zu lösen, entsteht ein $^1/_2$ cm langer Riss, aus dem sich Urin entleert. Blase als solche erkannt. Wunde genäht. Tod infolge Dysenterie.

Nr. 33. Ostermayer. D. Z. f. Ch. Bd. 39.

60j. Mann mit 20 Jahre altem r. Scrotalbruch mit Incarcerationserscheinungen seit dem Tage vorher. Auf Blase Bezügliches wird nicht angegeben. Fluctuation ist an der Geschwulst nicht zu entdecken. Operation: Im Bruchsack wenig Bruchwasser, neben einer Darmschlinge eine birnförmige mit einem Stiel aus dem Leistencanal heraushängende aus confluierenden Lappen und Läppchen bestehende Fettmasse in der Grösse einer Mannsfaust. Débridement und Reposition des Darmes. Die Fettgeschwulst flach kuchenförmig. Derbe feste Consistenz. Der Stiel zieht zweifingerdick durch den Leistencanal hinter die Bauchdecken. Die Geschwulst besteht aus lappigem citronengelbem Fett, sieht aus wie von präperitonealem Fett ausgehendes Lipom und ist verwachsen mit der medialen und hinteren Fläche des Bruchsackes. Das vermeintliche Lipom wird stumpf von seinen Verwachsungen gelöst, abgebunden und abgetragen. Reposition des Stumpfes, der dem Operateur etwas eigentümlich in seiner Schnittfläche vorkam. Nach der Operation Collaps; es zeigt sich am anderen Tage im Centrum der Geschwulst eine mit Schleimhaut ausgekleidete Mulde, deren Umrandung von einer festen, an der Schnittebene von gelbem Fettgewebe auffallend abstechenden graugefärbten Gewebsschicht gebildet wird. Nun wird erkannt,

dass ein Blasenteil abgekappt war. Zweite Operation wird verweigert. Exitus letalis. Section auch verweigert.

Nr. 34. Ostermayer. D. Z. f. Ch. Bd. 39.

32j. Mann hat im Frühling 92 eine rechte Hodengeschwulst bekommen unter gleichzeitig bestehendem ♂ Harndrang und Urinretention. 3 Tage lang Katheterisation.

Im Juni wird er wegen fluctuierender Schwellung des Scrotums im Kronstädter Krankenhaus aufgenommen. Es wird die Diagnose Hydrocele gestellt und Punction vorgenommen, welche grüngelb seröse Flüssigkeit entleert. Es stellt sich nach Einspritzen einer Lugolschen Lösung Schwellung ein, mit der er das Krankenhaus verlässt, um im August wieder zu kommen. Nun war der ganze Hodensack hochgradig geschwellt, die Hode bedeutend vergrössert. Diagnose: Sarcoma testis. Bei der Operation wird eine vorgelagerte Darmschlinge übersehen und angeschnitten. Die Darmwunde wird gleich genäht und der Darm reponiert. Der Verlauf reactionslos, einmal zeigten sich geringe Faecalmassen im Verband, was auf Lockerung der Darmnaht hinwies und dann wurde noch einmal Uringeruch im Verbande constatiert; doch konnte man sich letzteres nicht erklären. Geheilt entlassen mit Ausnahme einiger Granulationen, die ambulatorisch touchiert werden. Nun wird er im Februar 95 im Budapester Krankenhaus aufgenommen und zwar weil bei der Arbeit die Narbe an einer Stelle geborsten war, sodass sich eine Fistel entwickelte, aus welcher Eiter, Blut und seröse Flüssigkeit entleert wird. Ausserdem besteht noch innen oben von der Fistel eine wallnussgrosse Geschwulst und nach aussen von der Fistel eine diffuse Vorwölbung kinderhandgross.

Operation: Es wird in der Mitte des Raumes zwischen dem Narbenstrang der alten Operationswunde im rechten Rande der Rectusscheide ein 2 cm langer, durch Auseinanderweichen der sehnigen Fasern des Obliquus internus entstandener, Schlitz gefunden. Aus diesem Schlitz ragt hervor

eine fettgelbe wallnussgrosse weiche Geschwulst, die von den scharfen Schlitzrändern etwas eingeschnürt wird. Die Geschwulst hat eine zarte Kapsel, welche dünn ist und florartig aussieht, es ist offenbar die Fettkapsel. Sie wird incidiert und es drängt sich citronengelbes lappiges Fett vor. Es wird sofort an Blasenhernie gedacht. Die in die Blase geführte Sonde wird von aussen mit dem Finger gefühlt. Das Fett ist also prävesicales Fett. Die Hernie wird stumpf gelöst und reponiert. Nun wird die Operation der Fistel in Angriff genommen. Hierbei wird ein Darmstück gefunden, welches an die vordere Bauchwand angewachsen ist entsprechend der alten Operationsnarbe. Geheilt entlassen.

Nr. 35. Ostermayer. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 39.

43j. Frau mit r. Inguinalhernie.

Radicaloperation: Der Bruchsackhals ist mit 2 cm dicker Fettschicht bedeckt. Die Fettmassen werden vorsichtig abgelöst und der Bruchsack eröffnet; er ist leer. Ligatur und Abtragung des Sacks. Da wegen des eigenartigen Aussehens der Fettmassen Verdacht auf Blasenhernie rege geworden ist, werden diese genauer untersucht. Sie hängen zusammen mit dem präperitonalen Fett. Der Finger gelangt an ihnen hinter die Symphyse. Die in die Blase geführte Sonde wird vom Finger in der Wunde gefühlt. Also Blasenhernie. Die geheilte Hernie ist nachher recidiviert.

Nr. 36. Thiriar. Gaz. hebd. 90. Aue, d. Z. f. Ch. Bd. 35.

55j. Mann mit r. Inguinalhernie. Bruchgeschwulst sehr gross, teilweise reponibel. Harnlassen normal. Operation: Im Bruchsack grosser Teil des Darmes. Bei Isolierung des Bruchsackes an seiner Innenseite bedeutende Verdickung seiner Wand bemerkt. Beim Versuche, dieselbe abzupräparieren, wird eine Höhle eröffnet. Es fliesst keine Flüssigkeit heraus. Nähere Untersuchung ergiebt, dass es das Blasencavum ist. Naht der Blase. Reposition. Verweilkatheter. Heilung.

Nr. 37. Reverdin. Aue, D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 35.

42j. mit l. Leistenhernie. Operation: Man gelangt auf eine Fettmasse, welche zuerst für das in sehr dünnem Sack befindliche Netz gehalten wird. Aber dieses Fett sieht doch nicht wie das Netz aus, und auch die dünne Membran sieht anders aus, wie ein Bruchsack. Es handelt sich um subperitoneales Fettgewebe. Beim Entfernen der Fettmassen wird ein leerer, stark mit ihnen verwachsener Sack eröffnet. Es zeigte sich nun eine Höhle mit glatter Wandung. Resection des Fettgewebes mitsamt dem Sack. Nach Beendigung der Resection wird der Stiel in die Bauchhöhle versenkt. Inguinalcanal nicht vernäht. Drainage. Verband. Die Untersuchung des entfernten Gewebes ergiebt subperitoneales Fettgewebe und Blasenwand. Harnfistel. spontane Heilung derselben. Pat. geheilt entlassen.

Nr. 38. Jungengel. Dissertation Siegel. 92.

34j. Mann mit r. Leistenhernie, die ihm viel Schmerzen verursacht aber reponibel ist. Operation: Der vermeintliche Bruchsack ist ohne serösen Überzug, er ist mit der Umgebung ziemlich verwachsen und muss grösstenteils scharf gelöst werden. Die Wand des Sackes ist starr und ist an der Aussenseite mit stark entwickelten Fettträubchen und Klappen bedeckt. Die Incision ergiebt, dass der Sack leer ist, Flüssigkeit wird nicht bemerkt. Man hält den Sack für leeren lipomatösen Bruchsack und reseciert ihn. Darm lag nicht vor.

2 Tage darauf muss die Wunde wieder geöffnet werden wegen Haematurie und anderer bedrohlicher Symptome. Die verletzte Blase wird als solche erkannt.

Nr. 39. Pilz. Wiener kl. Wochenschr. 91.

62j. Mann mit cystitischen Erscheinungen, die seit den letzten Monaten zur Harnentleerung mittels Katheterismus zwingen. Nierengegenden druckempfindlich. Prostata über hühnereigross. Abdomen aufgetrieben. Schmerz in r. Bruchgeschwulst, die in der Gegend des Leistenrings sich hervor-

wölbt. Links an derselben Stelle herniöse Vorwölbung. Kot und Winde gehen spontan ab. Man glaubt es mit Netzhernie zu thun zu haben. Operation der r. Hernie: Düsterroter dickwandiger Sack, der besonders auch wegen der Auflagerung einzelner Fetträubchen das Aussehen einer entzündlich verdickten Peritonealblase hat. Auf seiner Kuppe befand sich eine verdünnte graulich missfarbige Stelle, deren Betastung dem Finger einen deutlich ammoniakalischen nicht fäculenten Geruch mitteilt, sodass sich der Verdacht auf Blasenhernie regt. Incision entleert jauchigtrübe Flüssigkeit von gleichem Geruch. Der eingeführte Finger kommt in ein Cavum, an dessen Wänden Trabekelbildung erkannt wird. Injection von Flüssigkeit bestätigt die Diagnose der Blasenhernie. In die eröffnete Höhle wird gläsernes Knierohr mit Schlauchansatz eingeführt und durch Ligatur um den Bruchsackhals befestigt, wodurch Überrieselung der Operationswunde mit dem cystitischen Eiter hintan gehalten wird.

Tod an Uraemie. Section: Blase dilatiert, hypertrophiert; beiderseits Pyonephritis, Ureteren fingerdick, Darmadhaesionen am Beckenboden infolge Pericystitis. An der rechten Seite der Blase citronengrosser schlotternder Sack, der von dem abgehobenen Blasenperitoneum bedeckt, bis in den rechten Leistencanal reicht, wo er zugleich mit einer kleinen Peritonalausstülpung von der Ligatur umschnürt wird. Dieser Sack ist vergrössertes Blasendivertikel.

Linkerseits findet sich ein den Finger fassender äusserer Leistenbruchsack und nach innen davon eine seichte Grube, welche einem inneren Leistenbruch entspricht. An der Bildung dieser Ausstülpung beteiligt sich das Blasenperitoneum mit zipfligen Auszügen, die je einen Blasendivertrikel unter sich mitziehen. Am Grunde der Blase die vergrösserte Prostata, welche das Urethra-Lumen einengt.

Betrachten wir die Blase in normalen Verhältnissen, so finden wir ein Organ, welches einmal derbe Structur, energische Elastität und Contractilität besitzt; und welches sodann weit entfernt ist von den Zugängen zu den Bruchwegen, und das sind ja in den überaus meisten Fällen die inneren Leistenringe. Unter diesen Umständen ist es berechtigt zu fragen, wie ist es überhaupt möglich, dass die Blase herniös prolabieren kann? Vor allem ist dazu nötig, dass die Blase die Entfernung zum inneren Leistenring überwindet. Dies könnte geschehen dadurch, dass sie gehoben wird; oder dadurch, dass sie von oben gezogen wird. Gehoben könnte die Blase werden durch Raumverminderung des kleinen Beckens, unter oder hinter der Blase wirkend, wie z. B. durch Prostatahypertrophie oder Fäcalstauung im Rectum. Doch dürfte diese Hubwirkung kaum von irgend welcher Bedeutung sein. Gezogen dagegen könnte die Blase werden, wenn sie mit irgend einem Gebilde, welches in den Leistencanal eindringt, verwachsen diesem folgen muss. Doch diese Zugwirkung dürfte kaum möglich sein, solange die Blase ihre normalen Eigenschaften der Elastität und Contractilität besitzt. Diese müssten also erst beseitigt sein, wenn ein Zug zur Geltung kommen soll. Und in der That verliert die Blase häufiger diese Eigenschaften. Das im praevesicalen Raum befindliche Fettgewebe kann nämlich hypertrophieren und sich einerseits nach der Gegend der inneren Leistenringe, als der Gegend des geringsten Druckes und der grössten Raumverfügung, ausdehnen, andererseits zwischen die Muskelbündel, besonders der vorderen Blasenwandung eindringen, die Muskulatur zum Schwinden bringen und das Organ in einen Zustand chronischer Erschlaffung und Hyperdistension bei gleichzeitigem Elastizitäts- und Contractilitätsverlust lassen. Zweitens scheint die Blase auch noch durch einfache Atrophie ihrer Wandung in diesen Zustand der Erschlaffung und Ausweitung kommen zu können. Wenn dieser Zustand nun eingetreten

ist, kann sehr wohl ein Zug zur Geltung kommen und darauf stützt sich im Wesentlichen unsere Kenntnis von der Pathogenese der Blasenhernien.

Während nun die einen der Zugwirkung der geschilderten Fettmassen die Hauptbedeutung zuerkennen, legen die Anderen den Hauptwert auf die Zugwirkung peritonealer Ausstülpungen.

Nach der ersten Theorie ist der Mechanismus folgender. Die hypertrophierende prävesicale Fettmasse breitet sich in der Gegend der Leistenringe aus, es stülpt sich ein Teil durch einen Leistenring hindurch in den Leistencanal: die „Lipocele", und diese zieht nun den Blasenteil, an dem der Zug zunächst wirkt, hinter sich her. Da die Lipocele aber nicht bloss mit der Blase verwachsen ist, sondern auch in den meisten Fällen das den inneren Leistencanal bedeckende Peritoneum gefasst und durchsetzt hat, so muss sich auch dieses mit in den Leistencanal hineinstülpen. Die Zugwirkung der Lipocele an und für sich ist ja völlig verständlich, aber was nun eigentlich die Lipocele selbst zieht oder schiebt, oder was die Fettmasse erst zu einem Fettbruch macht, ist ein völlig dunkler Punkt. Genug, es wird in allen den Fällen, wo Fettgewebsmassen der herniösen Blase aufsitzen, dieser Fettmasse eine gewisse selbständige ätiologische Bedeutung, ich möchte fast sagen, eine gewisse Activität zugesprochen.

Nach der zweiten Theorie ist der Mechanismus folgender: Das Peritoneum, welches dem inneren Leistenring anliegt, steht schon physiologisch mit der Blase in Verbindung durch das benachbarte letztere überziehende Bauchfell. Die Bedeutung dieser Verbindung und ihr Einfluss auf die Zugwirkung lässt sich bei manchen Radicaloperationen beobachten, wenn der peritoneale Sack, wie es ja im Interesse der Radicaloperation liegt, möglichst weit hervorgezogen wird, um ihn zu ligieren. Hierbei liegt die Gefahr nahe, dass künstlich eine Blasenhernie gesetzt wird. In Fall 2 lässt Holländer diese

Möglichkeit zu, Curtis behauptet es für seinen Fall, Beobachter dieses Factums sind noch Lanz, Maudry, und auch Kocher stimmt dieser Möglichkeit zu.

Pathologisch kommt eine Verbindung dieses Peritoneums mit der Blase zustande durch die praevesicalen Fettmassen, wie nach der ersten Theorie — und das ist der häufigste Fall — pathologisch kommt sie vor durch peritonitische resp. pericystitische breite Verwachsungen wie z. B. in Nr. 6, oder mittels durch dieselbe Ursache bedingter schniger Fäden, wie z. B. in Nr. 32, 40 und 28. Bildet sich nun eine herniöse Hervorstülpung des erwähnten Peritoneums, so wird die Blase mittelst dieser Verbindungen nachgezogen. Holländer konnte (Berl. klin. Wochenschr. 96) die Bildung einer solchen Blasenverzerrung durch das Peritoneum sehr gut bei einer Frau studieren, bei der er mittels Laparatomie ein rechtseitiges Dermoid entfernte. Die Patientin hatte nämlich eine leicht reponible Femoralhernie und es zeigte sich nach Eröffnung der Bauchhöhle, dass ein scharf von der übrigen Blasenwand abgegrenzter Blasenzipfel ans Peritoneum fixirt war und genau nach der inneren Bruchpforte hinsah. Vgl. Pilz Nr. 40, wo die Blase nach dem linken äusseren Leistenringe zipfelig ausgezogen ist.)

Während also bei der ersten Theorie die Blase im Verhältnis zum Peritoneum das Primäre ist, ist sie hier das Secundäre. Und doch erscheint es a priori auch für die Blasenhernie wahrscheinlicher, dass die Bruchsackbildung, wie dieselbe ja auch sonst den Ausgangspunkt der Brüche bildet, so auch hier den Anfang macht. Nicht nur das Factum, dass die meisten Blasenhernien mit einem Bruchsack compliciert sind, spricht hierfür — von unseren 39 sind 32 compliciert —, sondern auch die Erwägung, in wie viel höherem Masse das Peritoneum, welches einen in sich geschlossenen Sack darstellt, dem von allen Seiten auf es einwirkenden intraabdominellen Druck ausgesetzt ist und nun an den Stellen des geringsten

Widerstandes diesen überwindet, als die Blase resp. Lipocele, die nur ein verhältnismässig kleines Angriffsfeld für diesen Druck darbietet. Wenngleich es nicht zu leugnen ist, dass dieser intraabdominelle Druck auch als direct wirkend angenommen werden kann und in den seltenen Fällen, wo keine Bruchsackcomplication vorliegt, auch angenommen werden muss (s. Nr. 5, 12, 13, 28, 37, 39). Doch nicht in dem Sinn, dass der intraabdominelle Druck auf die praevesicalen Fettmassen zuerst einwirkt, sondern dass er die pathologisch ausgedehnte vor einem inneren Leistenringe liegende Blase in diesen drängt, wobei selbstverständlich das der Blase aufsitzende Fett vorangehen muss. Zum Schluss möchte ich als Beweis für die primäre Zugwirkung des Peritoneums noch kurz auf die anatomischen Verhältnisse hindeuten. Wir finden die Blase immer neben und hinter resp. unter dem Peritoneum entsprechend der intraabdominellen Lage. Nirgends hören wir davon, dass die Blase über die Spitze des Bruchsackes hinausragt, wie es doch dann und wann der Fall sein müsste, wenn die Blase das Primäre wäre; wohl aber ist aus den Schilderungen zu schliessen, dass die Verhältnisse häufig umgekehrt liegen, nämlich dass die Bruchsackspitze über die herniöse Blase hinausragt.

Denn wenn wir, wie zum Beispiel im Fall 14, erfahren: „Der Inhalt des Bruchsackes ist ein Convolut von Dünndarmschlingen und zugehörigem Mesenterium und in letzterem ist ein gänseeigrosses Lipom, die vorgefallene Blase dagegen ist nur hühnereigross", so werden wir wohl annehmen können, dass die führende Rolle bei diesem Prolaps das Peritoneum eingenommen hat. Und so ist noch aus einer ganzen Reihe von Fällen zu entnehmen, dass die führende Rolle dem Peritoneum gebührt, dass das Peritoneum das Primäre ist.

Wenn es erlaubt ist, beide Theorien zusammen zu fassen, so wird der Mechanismus für die complicierten Fälle folgender sein. Das Peritoneum wird primär vorgestülpt und wenn es

auf die Blase einen Zug ausüben kann, wird es diese nachziehen. Da nun aber in den überaus meisten Fällen die vordere Blasenwand mit Fettmassen resp. Lipomen bedeckt ist, so werden wir bei der Operation neben dem Bruchsack den Blasenteil mit Fettmassen mehr oder weniger bedeckt vorfinden. Diesen Fettmassen, die im Wucherungszustande dann auch vielleicht ein besonderes, charakteristisches Aussehen haben, würde dann weniger ein ätiologisches Moment beizumessen sein, als vielmehr eine „prämonitorische" Bedeutung. Sie würden dem Operateur zurufen: Nimm Dich in acht, hinter uns kommt die Blase.

Vorstehende Statistik von Blasenhernien, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit macht, es hätten wohl noch 10—12 Fälle hinzugefügt werden können, wenn die Litteratur ausreichender zur Verfügung gestanden hätte, oder die Übersetzungen ausführlicher gewesen wären, umfasst 39 Fälle. Wenn man bedenkt, unter einer welchen ungeheuren Masse von Herniotomieen diese wenigen Blasenhernien gefunden sind, so wird man sich wundern, wie von diesen doch immerhin 3 Fälle vor der Operation diagnosticiert sind. Diese Seltenheit der Diagnose wird aber nicht nur begründet durch die Seltenheit des Vorkommens der Blasenhernien überhaupt: als auch durch die anamnestischen Angaben der Kranken, welche die vor den übrigen Krankheitserscheinungen zurücktretenden Blasenbeschwerden selten angeben und dadurch, dass vielfach überhaupt keine Symptome von seiten der Blase auftreten, oder dadurch dass die herniöse Blase sympathische Darmeinklemmungserscheinungen vortäuscht wie im Güterbock'schen Fall Nr. 32. Nur ausnahmsweise können sich die Erscheinungen von seiten der Blase so ausgeprägt zeigen, dass sie von selbst sich aufdrängen und zur Diagnose führen. In Nr. 29 diagnosticierte Roth, der sich zur selben Zeit gerade mit Blasenhernien beschäftigte, durch die Urinbeschwerden aufmerksam gemacht, die Blasenhernie dadurch, dass er das von Verdier

beobachtete Phänomen des Abgleitens des Katheters nach der herniösen Seite feststellte. In Nr. 31 wird Justo von dem Patienten die Diagnose aufgedrängt. In diesem Fall bekam Patient gleichzeitig die Geschwulst und Beschwerden beim Wasserlassen, sodass er nur noch in Rückenlage und bei gleichzeitigem Druck auf das Scrotum urinieren konnte und sich schliesslich an den Beinen aufhängen musste. Nr. 2 kommt nicht in Betracht, da hier Blasenfistel besteht.

Zu näherer Untersuchung hätte noch auffordern können die Anamnese in Fall I, wo die Urinansammlung die Geschwulst vergrössert und das Urinieren durch Druck auf die Geschwulst erleichtert wird; im Fall 7, wo der Urinstrahl dann und wann plötzlich unterbrochen wird, um ebenso willkürlich wiederzukommen; im Fall 15, wo das Bruchband gelüftet werden muss zum Zweck des Wasserlassens. Die physikalischen Methoden, die nun in solchen Fällen zur Sicherung der Diagnose angewandt werden, bestehen hauptsächlich in der Einführung des Mercier-Katheters, indem man versucht, die Spitze in den Hals des Bruches oder in den Bruch selbst zu führen und zu fühlen; oder in der Injektion von Flüssigkeit, die den herniösen Teil ausdehnt. Doch negiert die Unmöglichkeit dieser Experimente nicht das Dasein einer Blasenhernie (s. Fall 5), da die Verbindung zwischen intraabdominellem und intraherniärem Teil der Blase durch engouement verstopft sein oder durch andere Complicationen unterbrochen sein kann.

Meistens ist der Vorgang des Auffindens einer Blasenhernie folgender. Die Kranken kommen mit eingeklemmtem Bruch; ihre kurzen Angaben sind entweder nicht zu gebrauchen oder sie werden nicht weiter beachtet. Man geht an die Operation in der Meinung, eine eingeklemmte Hernie vor sich zu haben und nun wird die Complication erst während der Operation erkannt und zwar in den meisten Fällen nach Verletzung der Blase am Ausfliessen des Urins. Von den übrigen 36 Fällen ist so in 23 die Blase verletzt,

weil man sie nicht rechtzeitig erkannte und zwar wurde in 4 von diesen Fällen die Verletzung erst kurze oder längere Zeit nach völliger Beendigung der Operation erkannt. So in Fall 2, wo die Blase entweder nicht erkannt und mit ligiert ist, oder erst künstlich durch das Hervorziehen des Bruchsackes zum Prolabieren gebracht ist, um dann mit ligiert zu werden; im Fall 26, wo die Blase, für zweiten Bruchsack gehalten, reseciert wird, nach 24 Stunden der Irrtum eingesehen wird; im Fall 33, wo sie für ein Lipom gehalten, reseciert wird und am folgenden Tage erkannt wird; im Fall 37, wo das verdächtige resecierte Blasenstück gleich nach der Operation mikroskopiert und erkannt wird. Im Fall 1 ist während der Operation keine Verletzung bemerkt, es muss aber aus der nur den nächsten Tag anhaltenden Hämaturie geschlossen werden, dass die Blase wahrscheinlich bei der ersten Ligatur, wo sie noch nicht entdeckt war, durch den einen oder anderen Stich mitgefasst ist.

Diese vielfachen Verletzungen legen den Wunsch nahe, zu wissen, wie eine herniöse Blase aussieht, damit man sie rechtzeitig erkennt. Und da ergiebt sich doch eine bedeutende Mannigfaltigkeit des Aussehens, welche die Verletzungen erklärlich machen und der Erkennung viel Schwierigkeiten in den Weg legen.

Wir haben da vor Allem zu unterscheiden zwischen der intrasaccularen Form der Blasenhernie, die sehr selten ist — bei ihr liegt die Blase innerhalb eines präformierten Bruchsackes und da sie hierbei fast immer mit der hinteren intraperitonealen Wand zu prolabieren scheint, so hat sie hierbei zwei Bruchsäcke, den präformierten Bruchsack und die ihr eigentümlich zukommende peritoneale Bekleidung ihrer hinteren Wand — wir haben in Nr. 18 einen solchen Fall (vgl. Marchant, Progrès méd. 75; Leroux, Revue med. 80; Kroenlein, (Arch. f. kl. Ch. Bd. 19) und der extrasaccularen Form. Diese kann ihrerseits in Bezug auf die

peritoneale Bekleidung in verschiedenen Formen vorfallen und zwar fällt, der anatomischen Lage entsprechend, zumeist der extraperitoneale Teil vor, selten der intraperitoneale, s. unseren Fall 13. Combinationen dieser Formen sind erklärlich.

Wir haben es demnach im Wesentlichen zu thun mit extraperitonealen Blasenbrüchen, die meist mit einem Bruchsack combiniert sind und zu diesem extrasacculaer liegen. Ob Combination mit Bruchsack vorliegt oder nicht, ist von einem ziemlichen praktischen Interesse insofern, als der Operateur bei Nichtcombination, wo er nur einen Sack sieht, versucht ist, diesen als Bruchsack zu öffnen.

Die meisten Fälle sind also mit Bruchsack combiniert, bei diesen finden sich charakteristische Zeichen, die, wenn sie auch nicht constant sind, so doch so häufig und so prägnant sind, dass man sie als Mahnzeichen für die Gegenwart der Blase ansehen kann. Man beobachtet nämlich regelmässig nach Freilegung des Bruchinhaltes hinter dem oberen Abschnitt des Bruchsackes und medial von ihm eine Fettmasse, die adhärent am Bruchsack ist und sich schon durch ihre Quantität auszeichnet. Während nun Lanz keine anderen besonderen Eigentümlichkeiten an ihr wahrgenommen hat, hat sie nach Lucas-Championnière, Ostermayer, Lejars ein von anderem Fett abweichendes charakteristisches Aussehen. Ich führe im folgenden eine Schilderung Ostermayer's an: „Diese Fettmassen haben ein eigentümliches Aussehen, welches in Bezug auf Form und Anordnung Verschiedenheiten aufweisen kann. Sie bestehen aus eigentümlich gelben, fast citronengelben, in Farbe und Aussehen vom Panniculus adiposus oder anderweitigem Körperfett differente Nuance darbietenden, Fettläppchen, die entweder eine confluierende mehr oder weniger homogene, im Durchmesser verschieden dicke Fettschicht bilden, die den ganzen prolabierenden Blasenteil gleichmässig umhüllt; oder sie stellen nur einzelne zerstreut angeordnete kleinere oder grössere Inseln auf der

Blasenoberfläche dar. Nicht selten sieht man durch Hypertrophie dieses prävesicalen Fettgewebes entstandene Lipome, welche einzeln oder mehrfach der Blase aufsitzen. Zuweilen erscheint dieses Fettgewebe wie in Nr. 1) auch als Verdickung des Bruchsackes." Diese Fettbildung hat nun nach Ostermayer eine häutige meist durchsichtige Hülle (s. Nr. 27, 28, 34, 35), die leicht beim isolierten Vorkommen der Blase einen echten Bruchsack vortäuschen kann.

Wenn der Operateur nun auf so charakteristische Fettmassen trifft, die seinem Vordringen Schwierigkeiten entgegenbringen oder das Gesichtsfeld verdecken, so muss er sich mittels der physikalischen Untersuchungsmethode Klarheit verschaffen oder ausgiebiges Débridement machen, um sich das Feld übersichtlich zu machen. In den meisten Fällen wird auch der den Stiel des zweifelhaften Tumors verfolgende Finger hinter die Symphyse gelangen können und so eventl. die Verbindung mit der Blase feststellen können.

In den seltenen anderen Fällen von extraperitonealen Blasenhernien, die ohne Fettmassen vorkommen, ist die Verletzung kaum zu vermeiden, da man den Sack für Bruchsack halten und die Incision machen wird. S. Nr. 12 und 38.

Was die Therapie des Blasenbruchs anbelangt, so lassen sich, abgesehen von der Radicaloperation des Bruchsackes und der Resection der Fettmassen, wohl keine allgemeinen Regeln aufstellen; man hat sich eben in jedem einzelnen Fall nach den besonderen Verhältnissen zu richten und wenn man im Übrigen keine Infectionsgefahr zu fürchten hat, wird man kaum von seiten der Blase selbst in ernstliche Verlegenheiten kommen können. Ist die Blase erkannt, bevor sie verletzt ist, so reponiere man sie, nachdem man sie freigemacht hat. In manchen Fällen ist die Blase vielleicht schwer zu isolieren, da wird man, wenn es sich um einen alten schwächlichen Patienten handelt, lieber die Blase in situ lassen.

Ist die Blase dagegen verwundet, so giebt es, abgesehen

von dem Falle der Infectionsgefahr nur die Behandlung mittels Naht. Sie muss natürlich gut schliessen. Selbstverständlich muss die Naht in gesundem Gewebe ausgeführt sein und es muss alles zerrissene Gewebe vorher entfernt sein. In den Fällen, wo die Blase nicht als solche erkannt wurde, sondern ligiert wurde, entstand immer eine Fistel, mit Ausnahme des Falles Nr 21. Diese Fisteln heilen aber alle spontan, wenn man es nicht vorziehen sollte, nachträglich die Naht anzulegen. S. Fall 38.

Die Nachbehandlung einer operierten Cystocele beruht im Wesentlichen in Ruhigstellung des Organs durch möglichst geringe Flüssigkeitszufuhr und regelmässigen Katheterismus oder Verweilkatheter. Was die principielle Resection des herniösen Blasenteils betrifft, wie sie vorgeschlagen ist, so ist sie als zu radical nicht anzuraten und nur da anzuwenden, wo man sicher ist, es mit einem präformierten Divertikel zu thun zu haben.

Die Prognose der Blasenhernie ist eine gute, soweit sie nicht durch das Alter des Patienten und anderweitige Complicationen getrübt wird.

Literatur.

Roth: „Ein Beitrag zur Lehre von der Entstehung und Erkennung der Blasenbrüche.“ Deutsche Med. Wochenschr. 1892.

Gueterbock: „Zur Kenntnis der Blasenhernien.“ Deutsche Zeitschrift f. Ch. XXXII.

Siegel: „Zur Casuistik der Blasenhernien.“ Dissert. Würzburg 1892.

Jordan: „Ein Beitrag zur Lehre von den inguinalen Blasenbrüchen.“ Dissertation München 1894.

Beyser: „Lehre von den Blasenbrüchen.“ Dissertation Giessen 1867.

Pilz: „Einklemmung eines Blasendivertikels.“ Wiener kl. Wochenschrift 1891.

Lanz: „Über crurale Blasenhernien.“ Berl. kl. Wochenschrift 1892.

Kroenlein: „Herniologische Betrachtungen.“ Archiv f. klin. Chir. 1876. XIX.

Mandry: „Inguinale Blasenbrüche und ihre Behandlung.“ Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. X.

Hollaender: Berliner klin. Wochenschrift 1896.

Monod und Delagénière: „Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale.“ Revue de chirurgie. Paris 1889.

Charles Leroux: „Notes sur la cystocèle inguinale.“ Revue mens. de méd. et de chir. Paris 1880.

Aue: „Zur Frage der Harnblasenbrüche.“ Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 35.

F. Curtis: „Wounds of the bladder in operations for hernia.“ Annals of surgery. New-York 1895.

Ostermayer: Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 39. „Beitrag zur Kenntnis der Blasenverletzungen bei Herniotomieen.“

Lebenslauf.

Wilhelm Maerzdorff, evang. Confession, wurde am 4. October 1868 zu Stassfurt als Sohn des Stadtkassenrendanten Maerzdorff zu Stassfurt geboren. Er erhielt seine Schulbildung auf dem Gymnasium „Kloster U. L. F." in Magdeburg und erwarb im October 1888 das Zeugnis der Reife. Er bestand das Tentamen physicum Ostern 1891 zu Halle a. S. und das medicinische Staatsexamen im Febr. 1897.

Während der Studienzeit hörte er die Vorlesungen und Curse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Halle.

Welcker, Volhard, Grenacher, Bernstein, Eberth, Ackermann.

In Greifswald.

Beumer, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Grawitz, Krabler, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern spricht Verf. an dieser Stelle seinen besten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Adipocele hat für die Blasenbrüche keine ätiologische Bedeutung.

II.

Bei der modernen Wundbehandlung ist die Herniotomia externa nicht mehr indiciert.

III.

Durch die rechtzeitige Entfernung des syphilitischen Primäraffectes lässt sich eine weitere Infection des Körpers verhüten.